



入院診療計画書 リツキサンによる治療を受けられる患者さんへ

説明年月日 年 月 日

リウマチ・膠原病内科 () 病棟 () 号室 氏名 () 様 病名・症状 () 手術内容及び日程 ()
 入院目的 () 推定される入院期間 () 日間 特別な栄養管理の必要性 (有 ・ 無)

項目	入院日	入院 2 日目 (治療開始)	入院 3 日目 (退院日)
活動・安静度	・特に制限はありません。	・点滴投与中は病棟内でお過ごしください。	
食事	・特に制限はありません。		
内服	・看護師と薬剤師が持参された内服薬を確認し、主治医の指示を確認して内服していただきます。	・リツキサン投与によるアレルギーを予防するための薬剤を内服していただきます。	・お預かりしている薬があれば全てお返しします。
治療・薬剤・処置	・身長、体重を測定します。 ・血圧、体温を測定します。 	・点滴の管を挿入します。 ・リツキサン投与によるアレルギーを予防するための薬剤を点滴で投与します。 ・輸液ポンプを使用して点滴を投与します。アラームが鳴ったらナースコールを押してください。 ・点滴を投与し始めてから 5 分後、10 分後、終了時に血圧と体温を測定し、アレルギー症状がないかを確認します。 ・点滴が終了したら点滴の管を抜きます。	・特にありません。 
検査	・入院時採血をすることがあります。 ・レントゲンを撮影します。	・必要であれば心電図モニターを装着します。	・特にありません。
清潔	・特に制限はありません。		
必要書類	・入院診療計画書、治療の同意書、その他書類をお渡しします。内容を確認し、署名をお願いします。		
説明、その他 (リハビリテーション等の計画)	・リツキサン投与による副作用や病棟での過ごし方など、心配なことや不安なことがあれば遠慮なく声をかけてください。	・リツキサンに関するリーフレットに記載されている症状が出たらナースコールで知らせて下さい。看護師または医師が対応致します。	

注 1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくにしたがって変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。注 2) 入院期間については、現時点で予測されるものです。

主治医署名 _____ 担当看護師署名 _____ 主治医以外の担当者署名 _____
 説明医師より診療計画について十分説明を受けましたので同意します。
 同意年月日 年 月 日 患者本人署名 _____ 親族又は代理人署名 _____ (患者との続柄) _____